

Diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire

Docteur François Prigent

Savoir différencier arthrite et arthralgie ; en l'absence de signes inflammatoires visibles, la sensibilité de l'articulation à la palpation permet de conclure à une arthrite.

Analyser la distribution du rhumatisme : monoarthrite, oligoarthrite (2 ou 3 articulations), polyarthrite. Une atteinte mono-articulaire doit faire avant tout éliminer une arthrite septique. La plupart des maladies auto-immunes s'accompagnent d'atteintes pluri-articulaires grossièrement symétriques, le prototype étant la polyarthrite rhumatoïde.

Différencier le caractère additif (une articulation puis une autre) qui s'oppose à migrateur.

Estimer la durée des symptômes : après 6 semaines, un bilan exhaustif est nécessaire.

Rechercher d'autres organes atteints : poumon, cœur, foie, rein, intestin, yeux et peau.

Le diagnostic des formes chroniques est souvent probabiliste. Le temps est le meilleur critère.

1. LES ARTHRITES MICROCRISTALLINES : *Essentiellement la goutte et la chondrocalcinose*

La goutte :

Evidente dans sa forme typique, elle peut changer chez les sujets âgés. Souvent avec de la fièvre. Les facteurs de risques sont l'âge avancé, l'hyperuricémie, l'utilisation de diurétiques, une prise de poids, une déshydratation, l'ingestion d'alcool et une histoire familiale de goutte.

L'acide urique sanguin a un intérêt limité. Il peut être normal au moment de la crise et il est fréquemment élevé chez les sujets âgés. Un taux inférieur à 300 $\mu\text{mol/l}$ élimine le diagnostic. En cas de suspicion, un test thérapeutique par la Colchicine présente un intérêt certain

La chondrocalcinose :

La forme polyarticulaire atteint les genoux ou les poignets. Elle touche plus les femmes. La clinique peut simuler une goutte, une polyarthrite rhumatoïde, une mono-arthrite infectieuse.

La ponction articulaire est l'examen de choix, dans les arthrites microcristallines : un examen rapide en microscopie polarisée recherche la présence de microcristaux. Le prélèvement doit être rapidement examiné par quelqu'un de compétent (performance variable).

2. MALADIES INFLAMMATOIRES ET AUTOIMMUNES (anti corps)

La polyarthrite rhumatoïde :

Symétrique, elle touche fréquemment les mains et s'accompagne d'un dérouillage matinal. Au début de la maladie les déformations sont absentes et les radiographies ont peu d'intérêt car les signes sont non spécifiques (épaississement des tissus mous, décalcification péri articulaire).

Biologiquement on note dans 70 % des cas la présence de facteurs rhumatoïdes (**FR**) mais ces auto-anticorps peuvent être observés dans de nombreuses conditions inflammatoires. En revanche la présence d'auto-anticorps anti-illagrine (**anti-CCP**) est très spécifique de la maladie mais ils ne sont présents que dans environ 50 à 60% des cas.

Les vascularites : La maladie de Wegener et l'artérite de Horton peuvent s'accompagner de manifestations articulaires, mais celles-ci sont rarement au devant la scène.

Les spondylarthropathies :

Ce sont les causes les plus fréquentes de rhumatisme inflammatoire oligo-articulaire asymétrique : la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, le syndrome de Reiter et les rhumatismes inflammatoires associés aux maladies chroniques de l'intestin (MICI)

Ces maladies sont associées avec HLA B27 de façon très constante dans la spondylarthrite ankylosante (95 % des patients), plus faiblement avec le rhumatisme psoriasique et les arthrites des MICI (50 %) et à 70 à 80 % avec un syndrome de Reiter.

La fréquence de cet allèle HLA est de 8 à 10 % dans la population caucasioïde.

C'est la seule situation où le HLA présente un intérêt diagnostique au cours d'un rhumatisme.

Spondylarthrite ankylosante :

Caractérisée par une sacro-iliite précoce suivie par une inflammation rachidienne ascendante. La radiographie des sacro-iliaques est importante mais peut être normale au début.

Rhumatisme psoriasique il faut chercher les lésions cutanées, actuelles ou dans les antécédents personnels ou familiaux, mais les signes articulaires peuvent précéder les signes cutanés.

Le syndrome de Reiter est caractérisé par la triade, oligo-arthrite, conjonctivite et urétrite stérile survenant quelques semaines après une infection, qui souvent n'est pas identifiée.

Le syndrome de Reiter incomplet n'a que des manifestations articulaires. Le plus souvent, les infections sont les génito-urinaires à *Chlamydia* ou digestives à *Salmonella*, *Shigella* ou *Yersinia*. De bon pronostic à long terme avec un risque élevé de récurrence. Affecte les hommes jeunes.

Le lupus érythémateux disséminé présente, en général, une atteinte polyarticulaire.

Il faut rechercher d'autres signes pas forcément contemporains : une atteinte cutanée, une photosensibilisation, un Raynaud, des manifestations neuropsychiatriques.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'anticorps antinucléaires (**ANN**) à taux significatifs (supérieur au 1/320) qui ont une spécificité de type anti-DNA, plus rarement anti-SSA, SSB.

Le syndrome de Sjögren primitif est peu « bruyant »

Il s'agit, souvent, de simples arthralgies qui résistent aux antalgiques simples et aux AINS.

Il s'accompagne d'un syndrome sec, buccal et ophtalmique.

Biologiquement : anticorps antinucléaires anti-SSA et anti-SSB mais jamais anti-ADN.

3. INFECTIONS :

a) Les infections bactériennes à évoquer en premier lieu chez un patient fébrile.

Chez l'adulte les bactéries entrent dans l'articulation en général par voie hématogène et touchent préférentiellement les articulations antérieurement anormales. Sont origine peut être extrinsèque ou intrinsèque : arthrites septiques, septicémies, endocardites bactériennes.

b) Les Infections bactériennes chroniques : la plus fréquente est l'arthrite de Lyme.

c) Le rhumatisme articulaire aigu qui est rare dans nos régions.

d) Les infections virales peuvent s'accompagner de polyarthralgies. Cliniquement, elles ne posent généralement pas de problème diagnostique, aidé du dosage des transaminases.

e) Les Infections mycobactériennes et mycotiques affectent typiquement une ou plusieurs articulations mais ne surviennent pas chez des sujets sains et sans facteurs de risque infectieux.

4. LES NEOPLASIES sont à rechercher chez tous les sujets âgés présentant un rhumatisme. Les pathologies rencontrées sont les lymphomes, les cancers du sein, du poumon et des ovaires.

BILAN DIAGNOSTIQUE – EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. Indication d'une analyse du liquide synovial :

Elle confirmera la nature de l'épanchement : les liquides non inflammatoires ont généralement moins de 2000 leucocytes/mm³ avec moins de 75 % de polynucléaires neutrophiles. Son Intérêt premier est d'éliminer une arthrite septique dans le cadre d'une mono-arthrite fébrile. Il faut également rechercher la présence de microcristaux, tout en sachant qu'un résultat négatif n'exclut pas la possibilité d'une arthrite microcristalline. Devant la double négative (si le liquide inflammatoire est stérile et sans cristaux) les diagnostics à évoquer en premier lieu sont une arthrite rhumatoïde, un lupus, une maladie de Lyme, une spondylarthropathie ou une sarcoïdose.

2. Les radiographies n'ont que peu d'intérêt diagnostique au début de la maladie

3. Tests biologiques déjà évoqués

Il faut garder à l'esprit que la fréquence des anomalies augmente avec l'âge même en l'absence de maladie (VS augmentée, hyperuricémie, anticorps antinucléaires, facteurs rhumatoïdes, ...)

Proposition de bilan à effectuer SYSTEMATIQUEMENT

A l'exception d'une mono-arthrite fébrile où l'urgence est d'éliminer une arthrite septique.

- **VS et CRP** : l'utilisation simultanée de ces deux paramètres est recommandée.
- **Hémogramme** : une hyperleucocytose à neutrophiles orientera vers un processus septique tandis qu'une cytopénie évoquera un processus auto-immun.
- **Evaluation de la fonction rénale** : dosage de la créatinine et la recherche d'une protéinurie et d'une hématurie (suspicion d'un processus systémique inflammatoire ou autoimmun).

Tests à effectuer en fonction de l'ORIENTATION diagnostique :

Le dosage des facteurs rhumatoïdes (FR) doit être effectué dès lors qu'il existe une suspicion de maladie auto-immune systémique et en particulier d'une polyarthrite rhumatoïde.

La recherche d'anticorps anti-illagrine (ou anti-CCP) a une grande valeur diagnostique au cours de la polyarthrite rhumatoïde car ils ont une très bonne spécificité ; leur positivité avec les tests de deuxième génération est de l'ordre de 50 à 60 % au cours de cette maladie. Ce test est à effectuer devant toute suspicion de PRR car le diagnostic de cette affection doit conduire à la mise en route d'un traitement afin d'enrayer les destructions ostéo-cartilagineuses

La recherche d'anticorps antinucléaires (AAN) doit être effectuée en cas de suspicion de pathologie auto-immune.

Pratiquement tous les patients atteints de lupus ont des anticorps antinucléaires mais la positivité de ce test en dehors du lupus n'est pas rare.

Un résultat positif doit être complété par une identification de l'auto-antigène reconnu en recherchant en particulier les spécificités anti-DNA natif, anti-SSA, anti-SSB, anti-Sm, anti-RNP. La recherche d'anti-Scl-70 n'est à effectuer qu'en cas de suspicion de sclérodémie.

Le groupage HLA n'a en général aucun intérêt diagnostique, l'exception étant la recherche d'**HLA B27** lorsqu'il existe une suspicion de spondylarthropathie.

Un dosage des transaminases est recommandé en cas de suspicion d'atteinte virale.

Le dosage de l'uricémie n'a que peu de valeur diagnostique.